Lane Medical Library

Ueber

Chronische Peritonitis.

INAUGURAL-DISSERTATION,

WELCHE

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

IN DER

MEDICIN UND CHIRURGIE

MIT ZUSTIMMUNG

DER MEDICINISCHEN FACULTÄT

DER

FRIEDRICH-WILHELMS-UNIVERSITÄT ZU BERLIN

am 14. November 1877

NEBST DEN ANGEFÜGTEN THESEN

ÖFFENTLICH VERTHEIDIGEN WIRD

DER VERFASSER

Samuel Schneer Bengen

aus Wilna (Russland).

OPPONENTEN:

Leo Cantor, Cand. med.
Julius Friedländer, Cand. med.
Benjamin Salkower, Cand. med.

BERLIN.

Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke).

Linienstr. 158.

Seinen theuren Eltern

und der

Familie Sack

in Liebe gewidmet

vom

Verfasser.

Peritonitis chronica.

Die chronische Peritonitis ist gewöhnlich der Ausgang einer acuten, diese kann, wie jede andere acute Entzündung, stillstehen, ohne ganz zu verschwinden; sie kann chronisch werden, und der Patient noch lange unter den Folgen einer längst in ihrer ursprünglichen Form verschwundenen Affection leiden.

Die Peritonitis chronica ist eine langsam sich entwickelnde und fortschreitende Krankheit, die Wochen oder Monate anhält. — Nachdem das acute Stadium überstanden ist, das Fieber und der heftige Schmerz sich ganz verloren haben, bleiben die Kranken noch immer kraftlos, blass und abgemagert, der Unterleib zeigt an einzelnen Stellen Geschwülste oder umschriebene Härten mit Dämpfung des Schalls, häufig freie Flüssigkeitsansammlung.

Die Bauchdecken zeigen besonders bei längerer Dauer eine rauhe und trockene Beschaffenheit.

Wir haben 3 Arten der Peritonitis chronica zu unterscheiden:

a) Die einfache Form der Peritonitis chronica,
b) Die tuberculöse Form und
c) Peritonitis chronica Carcinomatosa.

Nicht nur der langsame Verlauf unterscheidet die chronische und die acute Form, sondern auch die fast stete Complication der ersteren mit tuberculöser Cachexie.

Die in seltenen Fällen erfolgende Heilung eines Kindes von chronischer Peritonitis spricht keineswegs gegen diese Verwandschaft, von der uns auch die pathologischen Befunde vollkommen überzeugen.

Aetiologie.

Die Peritonitis ist selten eine primäre Erkrankung und entsteht als solche nach Erkältungen (P. rheumatica) oder nach starken Contusionen des Unterleibs.

Gewöhnlich ist sie ein secundäres Leiden, bedingt durch Erkrankungen derjenigen Organe, die das Bauchfell überziehen, und kommt daher vor bei Magengeschwür und Magenkrebs, bei tuberculösen, typhösen und dyssenterischen Geschwüren des Darms, Darmeinklemmung, Entzündung der Gebärmutter, der Eierstöcke, der Blase, der Nieren und Nierenbecken, der Leber, Milz, bei Leberkrebs, Lebersyphilis, bei tuberculöser und krebsiger Entartung der Mesenterialdrüsen, bei Psoitis.

Endlich kann sie ein metastatisches Leiden sein bei puerperaler Blutvergiftung, Pyämie, Mb. Brightii, Scorbut und acuten Exanthemen.

Pathologische Anatomie.

Die Leichen sind gewöhnlich sehr abgemagert und das Gesicht behält nach dem Tode den leidenden Ausdruck, den es im Leben hatte.

Die Lungen und Bronchialdrüsen enthalten mehr oder weniger Tuberkeln, mitunter so massenhaft, dass man sie mit als Todesursache betrachten muss.

Im Unterleibe findet man oft lange dünne Bindegewebsstränge zwischen dem Peritoneum parietale und den darunter liegenden Eingeweiden ausgespannt; in anderen Fällen ist das erstere mit diesem so verwachsen, dass eine Trennung schwer fällt.

Auch die Därme hängen durch Adhäsionen miteinander zusammen, von denen einige leicht nachgeben, andere so fest sind, dass die Darmwände bei einem Versuche, sie loszutrennen, zerreissen.

Dieser Unterschied hängt nicht sowohl von ihrem Alter, als vielmehr von ihrer Natur ab.

Hängen aber verschiedene Theile des Darms so eng mit einander zusammen, das sie eher zerreissen, als sich von einander trennen, so findet man in den Ad-

häsionen, ausser dem Bindegewebe, noch dieselbe gelbe, tuberculöse, granulirte Masse, welche bei der Meningitis tuberculosa in den Hirnhäuten vorkommt.

Zuerst bilden sich dadurch kleine Adhäsionen zwischen den einander gegenüber liegenden Flächen des Peritoneums, bald finden aber frische Tuberkelablagerungen in der Umgebung statt und die begleitende Entzündung bringt noch ausgedehntere Adhäsionen zu Stande.

Der Unterleib enthält meistens etwas durchsichtiges Serum; der Erguss kann aber, wenn der Tod durch Complication einer acuten mit der chronischen Peritonitis eintrat, auch einen sero-purulenten Charakter haben.

Das Bauchfell und die verschiedenen Unterleibsorgane zeigen dabei eine grösser oder geringere Tuberkelablagerung.

Die das Diaphragma oder die Bauchwände in der Umgebung der Milz bekleidende Partie desselben ist der Lieblingssitz der Tuberkelablagerung, die hier gewöhnlich in der Form kleiner gelber Miliartuberkel, nicht als graue Granulationen auftreten.

Das die Leber und Milz bedeckende Peritoneum zeigt meistens reichliche Tuberkelablagerung, ebenso die Milzsubztanz selbst und die Mesenterialdrüsen.

Die Symptome der chronischen Peritonitis sind folgende:

Sie characterisirt sich durch dumpfe, durch tieferen

Druck verstärkte Empfindungen im Leibe, durch zeitweise eintretende kolikartige Schmerzen, durch wiederkehrende besonders zur Abendzeit eintretende Fieberbewegungen.

Meist ist Stuhlverstopfung, bisweilen Diarrhoe vorhanden.

Diese Erscheinungen weisen um so mehr auf eine chronische Peritonitis hin, wenn ihnen acute peritonitische Erscheinungen vorangegangen sind.

Gewöhnlich zieht sich die chronische Peritonitis mehrere Monate hin, wo es dann entweder zur Heilung und Aufsaugung der Exsudate kommt oder zu Umwandlung des Exsudats in käsige Masse und schliesslich zu Marasmus und Tod.

Von manchen Practikern und Autoren wird dagegen bezweifelt, dass es eine selbstständige, ursprünglich als solche auftretende chronische Peritonitis gebe; sie glauben, dass es meist Fälle der acuten Peritonitis sind, die unter diesem Namen beschrieben wurden.

b) Tuberculöse Peritonitis.

Sie ist in ihren Erscheinungen der eben besprochenen chronischen Peritonitis sehr ähnlich, oft in dem Grade, dass nur das gleichzeitige Vorkommen des tuberculösen Processes in anderen Organen, hereditäres Verhältniss, cachectische Beschaffenheit des Individuums, das Vorkommen ungünstiger äusserer Verhältnisse, die das Entstehen tuberculöser Exsudate im Allgemeinen begünstigen, und einzelne gleich zu erwähnende Eigen-

thümlichkeiten die Diagnose feststellen können, obwohl dies keineswegs in allen Fällen möglich ist.

Die tuberkulöse Peritonitis entwickelt sich wohl stets aus einem Exsudate, das ursprünglich den faserstoffigen Character hatte, und es kann die Tuberkelbildung sehr bald, oder erst nach langem Bestehen des Exsudates erfolgen.

Der Schmerz ist bei der tuberkulösen Entzündung meist geringer als bei der chronischen; doch nimmt er gern den kolikartigen Character an, auch gegen äusseren Druck ist die Schmerzhaftigkeit geringer, im weiteren Verlaufe ist es sogar nicht selten, dass selbst ein starker Druck gar keinen Schmerz hervorruft.

Fieberbewegungen und Reflexerscheinungen verhalten sich so wie bei der chronischen Peritonitis.

Es sind meist in Folge der gleichzeitigen tuberkulösen Darmaffection Diarrhöen vorhanden.

Der Unterleib ist im Anfang gespannt und aufgetrieben, später, wenn nicht sehr bedeutende Mengen flüssigen Exsudats vorhanden sind, oft collabirt, die Bauchdecken schlaff und atrophisch. Die Percussion gibt an einzelnen Stellen einen sehr verschiedenen Schall.

Bei grösserer freier Flüssigkeitsansammlung sind deutliche Fluctuation und alle Erscheinungen des Ascites vorhanden.

Nach Bamberger ist das von tuberkulösen Massen infiltrirte und geschrumpfte Netz häufig als eine strang-

artige, wurstförmige, harte, quer unter dem Magen verlaufende Geschwulst fühlbar, und es ist dies in diagnostischer Beziehung einer der wichtigsten Anhaltspunkte.

Gleichzeitig sind gewöhnlich tuberkulöse Ablagerungen in den Mesenterialdrüsen, auf der Darmschleimhaut, in den Lungen, den Knochen und anderen Organen vorhanden, durch deren Symptome das Krankheitsbild mehr oder weniger modificirt wird.

Der Verlauf ist sehr chronisch.

Vollständige Heilung ist in solchen Fällen kaum zu erwarten, und wenn auch der locale Process obsolescirt, wie es von manchen beobachtet worden ist, so erfolgt noch der Tod durch die Ablagerung in anderen Organen.

Bei der tuberkulösen Peritonitis der Kinder sind ausser den kolikartigen Schmerzen und den dünnen Stühlen, die häufig mit Verstopfung abwechseln, namentlich die allmählich eintretende Abmagerung, das remittirende abendliche Fieber, die starke Anschwellung des Unterleibs, die mit den abgezehrten Schenkeln lebhaft contrastirt und das gleichzeitige Vorhandensein von Lungentuberkulose für die Diagnose massgebend.

c) Carcinomatöse Peritonitis.

Es gilt von ihr fast alles, was für die tuberkulöse gesagt wurde.

Sie ist wohl nie selbstständig, sondern nur Ausgang einer Peritonitis bei Individuen, die bereits mit Krebs

in anderen Organen, besonders des Unterleibs behaftet sind.

Die strangartige Verdickung des Netzes kommt auch hier vor; sind die einzelnen Krebsknoten gross, so können sie äusserlich fühlbar sein, und durch das Vorhandensein von Krebs in anderen Organen und in dem allgemeinen Habitus der Krebskrankheit kann die sonst schwierige Diagnose erleichtert werden.

Der Ascites ist hier gewöhnlich bedeutend, Schmerzhaftigkeit und Fieberbewegungen gering oder nicht andauernd.

Der Tod erfolgt gewöhnlich durch allgemeinen Hydrops, Marasmus oder durch die Folgen der Krebsablagerung in andern Organen.

Therapie.

Bei der Behandlung der chronischen Peritonitis hat man die Aufgabe, die rückständigen Exsudatmassen zur Resorption zu bringen oder, wo Tendenz zur Suppuration vorhanden ist, diese zu beschleunigen.

Beiden entspricht die anhaltende Anwendung der feuchten Wärme. Professer Virchow behauptet mehr als einmal Exsudatmassen von mehr als Kindskopfgrösse, die den grössten Theil des Unterleibs als fast steinharte Geschwulst einnahmen, bloss durch warme

Cataplasmen zum spurlosen Verschwinden durch Resorption gebracht zu haben. Ferner sind empfehlenswerth gegen zurückbleibende Schmerzen Bepinselungen der Bauchhaut mit Jodtinctur und häufige warme Bäder.

Stets habe man dabei den Kräftezustand im Auge und verabreiche bei Schwächezuständen Roborantia: Bouillon, Wein, Milch, China, Eisen etc.

Gegen die tuberkulöse Peritonitis der Kinder ist in der Regel alles erfolglos.

Wenn die Kinder noch kräftig sind, so versucht man durch Ansetzen einiger Blutegel, durch Sool- und Moorbäder, durch eine Molken- oder Traubenkur, Wein, animalische nahrhafte Kost, Eisenpräparate der Dyskrasie entgegen zu treten.

Es sei mir erlaubt, in Folgendem zwei Fälle von chronischer Peritonitis anzuschliessen, die jedenfalls wegen mancher Eigenthümlichkeiten in ihrem Verlauf und in aetiologischer Beziehung lehrreich und nicht ohne Interesse sein dürften.

Peritonitis chronica.

Anna Schulz, 4 Jahre alt, wurde am 14 Novemb. 1873 in die Kinderstation der Charité gebracht. Nach Aussage des Vaters soll sie 1870 die Pocken, 1871 das Scharlachfieber überstanden, seitdem aber stets gesund gewesen sein.

Erst vor 8 Tagen wollte man eine Auftreibung des Unterleibs wahrgenommen haben. — Man hatte indess Grund anzunehmen, dass die Krankheit schon mehrere Wochen früher begonnen hat, von der Umgebung aber vernachlässigt worden ist. Bei der Aufnahme bot das noch immer leidlich genährte, blasse Kind alle Erscheinungen eines hochgradigen Ascites dar, einen halbkugelig vorgewölbten Unterleib mit verstrichenem Nabel, glänzender, gespannter Haut, zahlreichen blauen Venensträngen, zumal auf der rechten Seite, die theils nach den Brustwänden hinaufzogen, theils abrupt zu enden schienen, und sehr deutlichem Fluctuationsgefühl. Der Percussionsschall in der Mitte des Nabels matt, wechselte je nach der Lage des Kindes. Schmerz im Leibe wurde weder spontan, noch beim Drucke constatirt, die Zunge war graugelb belegt, der Appetit schwach.

Die starke Aufwärtsdrängung des Zwerchfells bewirkte eine geringe Steigerung der Leberdämpfung bis etwa zur 5. Rippe und eine grössere Frequenz der

Respiration (20—40) mit Theilnahme der Nasenflügel und anderer Hülfsmuskeln. Wenigstens liess sich bei der Untersuchung der Brustorgane als einzige Abnormität nur eine schwache Dämpfung des Percussionsschalles am untersten Theil der rechten Rückenfläche von der Spitze der Scapula bis zur Basis nachweisen, die in allen Stellungen, auch in der Knieellenbogenlage unverändert blieb und mit einer geringen Abschwächung des vesiculären Athemgeräusches verbunden war.

An den Füssen bestand ein geringes Oedem, der trübe, sparsame Urin enthielt kein Eiweiss. Fieber war nicht vorhanden, Temp. am ersten Abend 36,5.

Um die dyspnoëtischen Erscheinungen zu mässigen und die Untersuchung des Unterleibes zu erleichtern, wurde am 16. Mittags die Punction, der Vorsicht halber mit einem Probe-Troicart ausgeführt, wobei 3900 cm. einer grünlichen, ziemlich klaren, stark albuminösen Flüssigkeit entleert wurden. Dieselbe enthielt reichlich Eiterkörperchen, Fibrincoagula und einzelne Flocken, welche unter dem Mikroskop das täuschende Bild von Gewebsbestandtheilen darboten und den Verdacht einer Neubildung im Unterleibe rege machten. — Doch ergab die sofort ausgeführte und vielfach wiederholte Palpation nirgends einen Tumor, während der untere Leberrand jetzt deutlich 3 cm. unter dem rechten Rippenrande und 5 cm. unter dem Proc. xiphoid. gefühlt wurde. Mit Ausnahme der freier gewordenen Athmung und

einer entschiedenen Abnahme der Venenerweiterung am Unterleibe blieben alle Erscheinungen unverändert. Die Beschaffenheit der Flüssigkeit, d. h. reichlicher Gehalt an Eiterkörperchen und Fibrin bestimmte von vorn herein zur Annahme einer chronischen Peritonitis. — Zweifelhaft blieb es, ob dieselbe durch eine noch nicht erkannte Neubildung im Peritonealraume (Carcinom oder Sarcom) bedingt war, oder von einer Cirrhose der Leber ihren Ausgang genommen hatte. Während sich für die erste Annahme der mikroskopische, Gewebsbestandtheilen gleichende Befund als schwache Stütze anführen liess, sprach die enorme Intensität des Ascites und die starke Venenerweiterung zumal auf der rechten Bauchseite, selbst das gleichzeitig bestehende pleuritische Exsudat im untern Theile des rechten Thorax mehr für Cirrhose. Die rasche Abnahme der subcutanen Venenerweiterung und die leicht ausführbare Palpation der Leber nach der Punction liessen indess von der Annahme einer solchen absehen, und die Diagnose auf Peritonitis chronica durch Neubildung im Peritonealsacke bedingt stellen. Für eine tuberculöse Natur der Krankheit liess sich kein einziges Symptom geltend machen.

8 Tage lang, bis zum 24. Novemb. veränderte sich der Zustand des Kindes wenig. Der Unterleib füllte sich während dieser Zeit von neuem stark mit Flüssigkeit, wobei die dyspnoëtischen Erscheinungen entsprechend zunahmen und die Bauchvenen sich wieder zum

früheren Umfang erweiterten. Schmerzhaftigkeit liess sich auch jetzt nicht sicher constatiren, wenn auch das Wimmern des Kindes bei der Untersuchung für dasselbe zu sprechen schien.

Wegen Stuhlverstopfung musste ein paar Mal Inf. sennae comp. gereicht werden. Die Temperatur hob sich meistens etwas über die normale, erreichte sogar am 22. Novemb. 38,4, Abends 39,1. Am 24. wurde die Punctio abdominis mit demselben Erfolge, wie das erste Mal wiederholt; die entleerte Flüssigkeit (3500 cm.) war wieder voll von Eiterkörperchen und feinen Fibringerinnseln, enthielt indess keine mit einem Gewebe vergleichbaren Elemente.

Eine Geschwulstbildung liess sich auch jetzt trotz der genausten Untersuchung an keiner Stelle des Unterleibes nachweisen.

Bis zum 13. Decemb., also etwa 20 Tage nach der zweiten Paracentese blieb der Zustand ziemlich derselbe, theils fieberlos, theils in den Abendstunden geringe Steigerungen bis 38,6 darbietend, die Pulsfrequenz zwischen 96 und 140, die Zahl der Respirationen zwischen 24 und 48 in der Minute schwankend, mit der Wiederanhäufung der ascitischen Flüssigkeit, schwacher und häufiger werdend. Unverkennbar war dabei die Zunahme der Körperschwäche und Abmagerung, die Verminderung des Appetits, die zunehmende Apathie.

Vom 30. Novemb. an trat während mehrerer Tage fast alltäglich Erbrechen, theils der genossenen Speisen,

theils grüngefärbter Flüssigkeit, ein; am 10. Decemb. gesellte sich ein diffuser Bronchialcatarrh hinzu. Stuhlgang erfolgte in der Regel 1—2 mal täglich, bald fest, bald von diarrhöischer Beschaffenheit. Am 13. Decemb., also grade einen Monat nach der Aufnahme erschien bei der Untersuchung der Leib auffallend weicher, nachgiebiger als bisher. Die Flüssigkeit in demselben hatte sich ohne Anwendung eingreifender Mittel (Natr. bicarbon. 1,5 auf 100,0 Flüssigkeit mit Tinct. rhei aq. 5,0) entschieden vermindert und man fühlte nun deutlich in der Nabelgegend und in ziemlich weiter Umgebung derselben theils knotige, theils strangartige Härten, die besonders an der Grenze des Hypogastriums unverkennbar in eine zusammenhängende convex gerandete, fast ungreifbare Geschwulst confluirten.

Obwohl ziemlich oberflächlich gelagert, gehörten diese Tumoren entschieden nicht den Bauchdecken an, die sich vielmehr leicht über denselben hin- und herschieben und dabei, sowie auch beim Druck auf die Geschwülste, hie und da deutlich Reibungsphänome erkennen liessen. Die entfernte Möglichkeit von Faecaltumoren wurde durch wiederholte Gaben Ol. ricini, welche starke Ausleerungen bewirkten, ohne die Form und Lage der Tumoren zu verändern, sofort ausgeschlossen. Vielmehr gewann unsere erste Diagnose einer sarcomatösen oder carcinomatösen chronischen Peritonitis durch diesen Befund an Wahrscheinlichkeit. Bis zum 20. Decemb. wurden die Tumoren in derselben Weise

von Herrn Professor Henoch, den klinischen Assistenten und vielen Studirenden constatirt, während der Ascites mehr und mehr abnahm, die Venenerweiterung am Bauche entsprechend sich verminderte, das Kind aber zusehends schwächer wurde.

Am letzten Tage des Lebens wurde noch folgender Befund im Journal notirt: „Abdomen weich, leicht eindrückbar. Unterer scharfer Leberrand 1—$1\frac{1}{2}$ cm. unter dem Rippenrand deutlich fühlbar. Rechts von der Linea alba von dem Leberrande bis in die Fossa iliaca dextra hinab sich erstreckend ein aus mehreren wulstförmigen unter sich zusammenhängenden Wülsten bestehender etwa handbreiter Tumor, der über dem Niveau der Bauchhaut sichtbar prominirt.

Er beginnt dicht am unteren Leberrande. Die anderen früher fühlbaren Tumoren undeutlicher palpirbar als bisher.

Am 21. früh erfolgte der Tod unter zunehmendem Collapsus".

Sections Befund.

Die von Herrn Dr. Jürgens ausgeführte Section ergab folgendes Resultat: Hochgradige Atrophie, sehr verdünnte blasse Musculatur. In dem aufgetriebenen Abdomen etwa 500 Gramm trüber Flüssigkeit. Sowohl

das viscerale wie das parietale Blatt des Peritoneums zeigt überall ziemlich breite und lange Streifen frischen fibrinösen graugelben und gelben, stellenweise röthlichen Exsudats, welches lose im Cavum peritonaei liegt; die Gyri des Dünndarms sind überall durch äusserst kurze und dichte peritonitische Schwarten mit einander in der Art verklebt, dass die Sulci fast verstrichen sind und die Trennung der Darmschlingen von einander nur mit grosser Mühe und mit Hülfe des Messers gelingt. Die Serosa des Darms erscheint durchweg ungemein verdickt, mürbe und brüchig, trübe und glanzlos, stellenweise livide gefärbt. An sehr vielen Stellen finden sich die Darmwände d. h. die Serosa, das subseröse Gewebe und das aufliegende Exsudat, zu einem bläulich weissen, halbdurchscheinenden, schwieligen $^1/_2$—1 cm. dicken, unter dem Messer knirschenden Gewebe organisirt. — Das Mesenterium, das grosse und kleine Netz sind erheblich geschrumpft, letzteres so, dass die kleine Curvatur des Magens unmittelbar an der Leber liegt.

Der ganze Darmkanal ist auffallend verkürzt, fast überall stark contrahirt, die ganze Dünndarmschleimhaut äusserst blass, mit sehr zahlreichen, dicht aneinander gestellten Falten versehen. Die Muscularis leicht hypertrophirt, die Drüsenelemente unverändert. — Auf der convexen Fläche des rechten Leberlappens im Umfange von 7 cm. eine theils hellrothe, theils dunkelblaurothe Auflagerung (Perihepatitis hämorrhagica); die Leber sehr wenig vergrössert, sonst normal. In den leicht

vergrösserten Nieren erscheinen die Kelche bis fast zu bohnengrossen Höhlen erweitert, die Markkegel, von ihrem peripheren Theil ab fast bis zur Hälfte ihres Volumens geschwunden.

Im unteren Theil der rechten Pleurahöhle findet sich ein mit sehr langen Fibrinstreifen untermischtes flüssiges Exsudat, während die entsprechenden Partien der Costal- und Pulmonalpleura mit einem weissgelben fibrinösen Exsudate belegt sind. In den übrigen Organen nichts Erhebliches.

Die Diagnose eines pleuritischen Exsudats der rechten Seite und einer chronischen Peritonitis wurde also durch die Section bestätigt. — Nur in der Deutung der letzteren hatte sich Prof. Henoch durch die während des Lebens fühlbar gewesenen Tumoren geirrt, indem er als Ursache sarcomatöse oder carcinomatöse Bildungen auf dem Peritonäum annahm. Die Section ergab nun, dass diese scheinbaren Tumoren lediglich durch die stellenweise bis zu derben Callositäten vorgeschrittene schwielige Verdickung der Darmwände selbst bedingt war. Da nach der Punctio abdominis noch nichts davon wahrzunehmen war, die Geschwülste vielmehr erst einen Monat später der Palpation zugänglich waren, so lässt sich wohl annehmen, dass erst während dieser Zeit die Verdickung der Darmwände sich so hochgradig entwickelt hat. Das bei der Palpation an vielen Stellen wahrgenommene Reibungsgefühl, wie man es auf Abdominaltumoren häufig beobachtet, trug

zur irrigen Annahme wirklicher Geschwülste bei, in zweiter Reihe auch der mikroskopische Befund der bei der ersten Punction entleerten Flüssigkeit.

Die scheinbaren Gewebselemente bestanden eben nur aus Fibrinfäden, in deren Maschen Eiterkörperchen massenhaft angehäuft waren. Dass die scheinbaren Tumoren, welche durch Callositäten der Dünndarmwände bedingt waren, erst nach der spontanen Verminderung des Ascites deutlich gefühlt wurden, erklärt sich wohl aus der bedeutenden Verkürzung des Mesenteriums, welche den Därmen nicht gestattete, auf der Oberfläche der Flüssigkeit frei zu schwimmen.

Die bedeutende Venenerweiterung am Bauche erklärt sich zum Theil aus dem Druck der ascitischen Flüssigkeit auf die Vena Cava, welcher auch dem geringen Oedem der Füsse zu Grunde lag, zum Theil wohl auch aus einer Beeinträchtigung des Pfortaderstamms durch das stark geschrumpfte kleine Netz. — Letzteres bewirkte auch die Möglichkeit, die Leber in ziemlich grossem Umfange nach der Punction zu palpiren, indem dieselbe durch den Magen mit hinabgezogen wurde, während der Druck des pleuritischen Exsudats von oben her diese Richtung unterstützte.

Wahrscheinlich ging die starke Ausdehnung der Nierenkelche ebenfalls aus einer Compression der Uretren durch das geschrumpfte und verdichtete Mesenterium hervor.

Von der häufigsten Ursache der chronischen Peri-

tonitis im Kindesalter, der Tuberculose, fand sich weder im Unterleibe, noch sonst wo, eine Spur. Auch insofern ist also dieser Fall von Bedeutung, als er die Behauptung mancher Autoren, die chronische Peritonitis der Kinder sei ausnahmslos eine tuberculöse, entscheidend widerlegt, und die Möglichkeit einer traumatischen Entstehung nahe legt. Wie sich nämlich später ergab, war das Kind von dem eigenen Vater mehrere Wochen vor dem Beginn seiner Krankheit, d. h. der Anschwellung des Unterleibs gemisshandelt, zumal auf die rechte Seite getreten worden. Die beträchtliche hämorrhagische Entzündung auf der Convexität des rechten Leberlappens stimmt damit überein.

Von hier aus hatte sich die Entzündung abwärts über das ganze Bauchfell verbreitet.

Auch die Pleuritis der rechten Seite ist wohl auf dieselbe Ursache zurückzuführen. In symptomatischer Hinsicht ist von vorn herein der chronische Verlauf dieser traumatischen Entzündung hervorzuheben, falls man nicht eine absichtliche Vernachlässigung der ersten Symptome seitens der Familie annehmen will, die hier immerhin denkbar ist.

Bei der Aufnahme in der Charité war die Affection schon zu ihrer vollen Entwickelung gelangt, und die Therapie konnte nur noch eine symptomatische sein.

Merkwürdig bleibt auch in diesem letzten Stadium die geringe Empfindlichkeit des Unterleibs und die vollkommene Integrität der Darmfunctionen trotz der co-

lossalen und innigen Verwachsung der Dünndarmschlingen.

Nur ein paar Mal war es nothwendig gewesen, durch kleine Dosen Ol. ricini den stockenden Stuhlgang zu fördern. Wir ersehen hieraus, dass bei chronischer Peritonitis normale oder selbst gesteigerte Darmausleerung nicht hinreicht, um innige Adhäsionen der Darmschlingen unter einander zu verhüten. Dass die Paracenthese die Ursache der frischen Entzündung geworden sein kann, deren Spuren sich auf dem Bauchfelle fanden, kann wohl Prof. Henoch nicht in Abrede stellen.

Jedenfalls ist auch diese frische Affektion durch die Gerinfügigkeit der Symptome, die nicht bedeutenden und nicht einmal constant andauernden Temperatursteigerungen beachtenswerth. Nur das wiederholte Erbrechen erregte Aufmerksamkeit. Die Bedeutung dieses Falles für Diagnose und Aetiologie der Peritonitis chronica scheint mir, sagte Prof. Henoch, um so schätzbarer zu sein, als die Literatur, die ich durchforscht, — namentlich in Bezug auf die geschwulstartige Verdickung der Darmwände — nichts Aehnliches darbot.

Möglich dass die Schilderung Galvagni's, die mir leider nur im Auszug zu Gebote stand (Hirsch und Virchow, Jahresber. f. 1869 II. 157) bei der Besprechung von fühlbaren Härten im Leibe bei der idiopathischen Periton. chronica sich auf ähnliche Dinge bezieht.

Da aber die Galvagni'schen Fälle alle mit Genesung endeten, kein einziger zur Section kam, lässt sich darüber nichts Gewisses sagen. Der glückliche Ausgang spricht aber dafür, dass man es, wie auch der Autor annimmt, immer nur mit fibrinös eitrigen Produkten zu thun hatte (abgesackte Heerden), die einer Resorption fähig waren.

Isidor H, 18 Jahre alt, Tapeziererlehrling, wurde am 18. Dec. 1874 ins hiesige israelitische Krankenhaus aufgenommen. — Von früheren Krankheiten weiss er nichts zu berichten. Sein jetziges Leiden begann vor 7 Wochen unter Fiebererscheinungen und Stechen in der rechten Brusthälfte. Der Kranke ist mittelkräftig gebaut, ziemlich gut genährt, hustet etwas mit mucopurulentem Auswurf, und klagt über Stechen an der rechten Seite und schweren Athem; er kann nur auf der linken Seite liegen.

Temper. fieberfrei (Morgens 36,6°, Abends 37,0°), Puls 64—80. Die Percussion des rechten Thorax ergibt vollkommen leeren Schall vorn von der 4. Rippe, in der Axillarlinie von der Achselhöhle und rückwärts von der 6. Rippe nach abwärts. Die obere Partie der rechten Brusthälfte, von den erwähnten Grenzen aufwärts, gibt blos einen etwas kürzeren Schall als links.

— Der Stimmfremitus ist über dem absolut gedämpften Bezirke abgeschwächt, doch nicht aufgehoben.

Die betreffenden Intercostalräume sind druckempfindlich; die spontanen Schmerzen beschränken sich auf das rechte Hypochondrium, namentlich auf die Gegend der unteren Rippen oder, wenn Interpretation gestattet ist, auf die Regio diaphragmatica. — Umfang des rechten Thorax in der Mammillarhorizontalen 40 cm., des linken 41 cm. Athmungsgeräusch rechts über dem Dämpfungsbezirk sehr schwach, doch immerhin vorhanden; an den oberen Partien stärker hörbar, unbestimmt. Links durchaus sonorer Schall mit lautem, scharf vesiculärem Respirationsgeräusch.

Herz bietet nichts Abnormes. Die Leber lässt sich nach oben nicht von der Thoraxdämpfung abgrenzen, nach unten geht ihre Dämpfung fast bis zur Nabelhorizontalen, sie ist also herabgedrängt oder vergrössert.

Wir hatten es demnach mit einem bedeutenden rechtsseitigen Pleuraexsudate zu thun, welches, trotz der noch bestehenden Schmerzen, offenbar im Rückgange begriffen war.

Dafür sprach nebst der Fieberlosigkeit der kürzere Schall des rechten oberen Lungenlappens (nicht blos der Lungenspitze), welcher in Folge vorausgegangener Compression noch nicht durchaus lufthaltig war; ferner die überall, auch über dem leeren Bezirk, hörbare, wenn auch schwache und unbestimmte Respiration, und end-

lich der gegenüber der linken Seite sogar etwas verringerte Umfang des rechten Thorax.

Der Verlauf war folgender.

Das Stechen am rechten Hypochondrium, sowie die Dyspnoe dauern an. Der Kranke liegt zur Erleichterung häufig auf dem Bauche. Der Harn erweist sich wenig vermindert, 1200 bis 1400 cm. bei einem spec. Gewichte von 1023 bis 1036.

Der Kranke fängt erst gegen Mitte Januar 1875 an sich leichter zu fühlen und wird gebessert, ohne Schmerzen und mit etwas vermindertem Exsudate auf eigenes Verlangen am 29. Januar entlassen.

Am 21. Februar meldete er sich wieder zur Aufnahme.

Das Exsudat war entschieden vermindert. — Die oberen Grenzen des leeren Schalles waren: in der Mammillarlinie 5, in der Axillarlinie 6, rückwärts 9 Rippe.

Doch war jetzt ein acuter diffuser Bronchialkatarrh vorhanden, feuchte Rasselgeräusche über beiden Lungen mit stärkerem Husten.

Fieber Anfangs blos Abends 38,0—38,8°, Puls 80 bis 120; vom 25. Februar an auch Morgens 38,0—38,6° (Herpes labialis), Klagen über Stechen auf der ganzen Brust.

Am 1. März erreichte die Abendtemperatur 39,5°, bei wieder fast fieberloser Morgentemperatur.

Vom 3. März ab war er wieder fieberfrei.

Bald nach Aufhören des Fiebers fängt er an, über

heftigere Schmerzen im Epigastrium zu klagen, vorzüglich rechts; Leberdämpfung reicht wie früher fast bis zur Nabelhorizontalen; die Palpation ergiebt eine stärkere Resistenz, ohne genaues Gefühl der Ränder; die ganze Lebergegend in hohem Grade druckempfindlich; der r. M. rectus sehr gespannt. Spontane Schmerzen daselbst meist Nachts mit dyspnoischen Anfällen.

26. März. Die Schmerzen erstrecken sich seit einigen Tagen auch auf die Regio meso- und hypogastrica dextra.

4. April. Ganzer Bauch druckempfindlich, auch auf der linken Seite. Schmerzen im Unterbauche bei jeder Harnentleerung. Täglich 2—3 flüssige Stühle.

15. April. An dem mässig aufgetriebenen Bauche ziemlich deutliche kurzwellige, d. h. nur auf kleinere Distanzen fühlbare, Fluctuation. — Die von Pleuraexsudat bedingte Dämpfung hat seitlich und hinten um eine Rippenbreite abgenommen. — Ueber der ganzen Lunge, auch an den Spitzen, reines, hier und da etwas rauhes vesiculäres Athmen, rechts etwas schwächer als links; ein thoracischer Athmungstypus.

20. April. Deutliche Fluctuation über dem ganzen Bauche, doch erstreckten sich die einzelnen erzeugten Stosswellen nur auf die halbe Distanz des Bauches.

Die Percussion des Unterbauches ergiebt grösstentheils gedämpft tympanitischen, nur an einzelnen Stellen ganz leeren atympanitischen, an anderen vollen tympanitischen Schall. Bei Lageveränderungen wird an den

Percussionsverhältnissen kaum etwas alterirt. Der ganze Bauch fühlt sich resistenter, weniger elastisch an, ohne wesentlich gesteigerte Wölbung. — Schmerzen im Hypogastrium, sowohl bei Harn- als Stuhlentleerung. Der Kranke geht gebückt, da er bei aufrechter Stellung spannende Schmerzen im Bauche hat. Wangen noch immer ziemlich frisch gefärbt.

26. April. Wesentliche Besserung des Gesammtbefindens.

Sowohl die spontanen Schmerzen als die Druckempfindlichkeit am Bauche haben bedeutend abgenommen.

8. Mai. Die Schmerzen haben fast ganz aufgehört. Bauch flach, auf Druck nicht empfindlich; Fluctuation undeutlich. — Noch immer vorgebeugte Stellung.

12. Mai. Percussionsschall des Bauches überall tympanitisch, nur etwas weniger voll als normal; Fluctuation nirgends mehr nachzuweisen; keine abnorme Dämpfung am rechten Thorax, ausser dass die Leberdämpfung etwas höher als in der Norm, nämlich gleich unter der 5. Rippe beginnt und sich mit gedämpft tympanitischem Schall vom Rippenbogen bis zur Nabellinie fortsetzt.

Pat. erscheint erst jetzt blässer und abgemagert.

An diesem Tage entlassen, stellte er sich später noch einige Mal im Ambulatorium vor mit gebessertem Aussehen, ganz auf rechtem Gange und normalem objectiven Befunde.

Am Schlusse der Arbeit erfülle ich die angenehme Pflicht, Herrn Prof. Dr. Henoch für die belehrenden Werke bei der Abfassung dieser Arbeit sowie für die Erlaubniss zur Veröffentlichung dieser Fälle meinen innigsten Dank abzustatten.

THESEN.

I.

Bei Pyothorax ist die Entleerung des Exsudats durch die Incision das beste Heilverfahren.

II.

Bei hochgradiger Salivation ist die Anwendung von Atropin zu empfehlen.

III.

Bei Typhus ist die Salicylsäure zu verwerfen.

Verfasser, Samuel Schneer Bengen, am 15. Mai 1846 zu Wilna in Russland geboren, mosaischer Confession, erhielt seine Schulbildung in seinem Vaterlande. Am 6. Juli 1872 wurde er in der Königlichen Friedrich-Wilhelms Universität zu Berlin immatriculirt. Das Examen rigorosum absolvirte er am 19. Juni 1877. Er besuchte während seiner Studienzeit die Vorlesungen, Curse und Kliniken der Herren Professoren und Docenten: Braun, du Bois-Reymond, Dove, Fasbender, Frerichs, Hartmann, Helmholtz, Henoch, Hirsch, Hirschberg, Hofmann, Jacobson, v. Langenbeck, Levin, Liebreich, Munk, Piner, Reichert, Simon, Schweigger, Traube, Virchow, Waldenburg, Westphal, Wolff.

Allen diesen Herren, seinen verehrten Lehrern, sagt Verfasser seinen herzlichsten Dank.